

TALÓN DE INSCRIPCIÓN
CURSO DE ARRITMIAS 2026
25 Y 26 DE SEPTIEMBRE 2026 – HOTEL PARK PLAZA, SANTIAGO.

NOMBRE COMPLETO										
NÚMERO RUT O PASAPORTE				CELULAR						
CIUDAD				NACIONALIDAD						
LUGAR DE TRABAJO (HOSP) O CLÍNICA										
E-MAIL (se solicita escribir por favor con letra clara)										
TIPO DE PROFESIONAL	SOCIO:		MÉDICO		BECADO		OTRO (ESPECIFIQUE)			
	NO SOCIO:		MÉDICO		BECADO		OTRO (ESPECIFIQUE)			
ESPECIALIDAD					SUBESPECIALIDAD					
	ADULTO					PEDIATRA				

Se ruega completar TODOS los datos solicitados en esta ficha para poder realizar correctamente su inscripción, enviándola junto al comprobante de transferencia a: angelica.perez@sochicar.cl

VALOR INSCRIPCIÓN

Valores de Inscripción	
Categoría	Valor
Médicos Socios	\$ 60.000
Médicos No Socios	\$ 110.000
Otros Profesionales Socios	\$ 40.000
Otros Profesionales No Socios	\$ 70.000
Becados Socios	\$ 35.000
Becados No Socios	\$ 60.000
Alumnos	\$ 25.000

Transferencia - Depósito
 Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.
 RUT: 70.008.590-2
 Banco Scotiabank
 N° Cuenta Corriente: 360055364

Correo de inscripción: angelica.perez@sochicar.cl